

Skin Therapy Letter[©]

Volume 5 • Numéro 3 • Octobre 2009

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Dr Stuart Maddin, MD, FRCPC**RÉDACTEUR EN CHEF**

Le Dr Stuart Maddin, président de Skin Care Guide, est un des dermatologues le plus connu et le plus respecté d'Amérique du Nord. Il est aussi l'auteur de nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de monographies et de manuels. En plus d'être un médecin consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université de Colombie-Britannique. Dr Maddin a également agi en tant que conseiller auprès d'administrations et services gouvernementaux chargés de l'application des règlements sur les médicaments comme la Direction générale de la protection de la santé (Ottawa), le Comité de liaison de la AAD-FDA et l'OMS (Genève). Fondateur des Symposiums de mise à jour en dermatologie (ils ont déjà 25 ans), il est l'ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et a été secrétaire général du Comité international de dermatologie pour la Ligue internationale des sociétés de dermatologie.

**Dr Colleen Lawlor, MD, CCFP****CONSEILLÈRE EN MÉDECINE FAMILIALE**

Dr Colleen Lawlor a choisi de monter sa pratique de médecine familiale au Continuum Medical Care situé dans Vancouver Ouest en Colombie-Britannique. Dr Lawlor a un baccalauréat en psychologie, une maîtrise de sciences en sciences infirmières, elle est docteur en médecine et possède un certificat du Collège de médecine familiale du Canada (CCFP). Elle a fait ses études de médecine à l'Université du Texas à San Antonio.



Une mise au point des options thérapeutiques pour les poux de la tête

D.R. Thomas, MD, FRCPC¹; A.H.Y. Cho, RPh, BScPharm²¹Département de dermatologie et de science cutanée, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada²Skin Care Centre Pharmacy, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada**Introduction**

Les infestations par les poux de la tête (*Pediculus humanus capitis*) surviennent le plus souvent, dans les pays industrialisés, au cours de l'enfance. On estime qu'elles touchent 1 à 3 % des enfants âgés de 6 à 12 ans¹. Les filles y sont plus susceptibles et cela est probablement dû au fait que leurs jeux favorisent des contacts proches et le partage d'objets². Les infestations sont causées par un contact physique direct avec des humains ou avec des objets susceptibles d'héberger des poux vivants. Les infestations par les poux de la tête ne posent pas de risques pour la santé et elles ne signalent pas une mauvaise hygiène personnelle. Des infestations actives annoncent plutôt le début d'un facteur de nuisance qui pourrait être très répandu dans les écoles et les foyers, et qui pourrait soumettre les individus touchés et leurs familles à la honte sociale. L'endiguement et l'éradication de ce problème exigent une exactitude diagnostique, une décontamination et une thérapie topique.

Faits sur les poux de la tête

- Les poux adultes sont de 2 à 4 mm de long (environ de la grosseur d'une graine de sésame). Ces insectes non ailés ne peuvent ni sauter ni voler. Ainsi, le contact de cheveux à cheveux constitue le principal mode de transmission.
- Les poux peuvent ramper rapidement (environ 6 à 30 cm par minute).
- Ils s'adaptent pour prendre la couleur de leur environnement ce qui rend la détection par l'inspection visuelle difficile.
- Les poux survivent en suçant le sang de leur hôte toutes les trois à six heures et ils ne peuvent pas manquer plusieurs repas consécutifs².
- Après l'accouplement, un pou femelle adulte peut pondre 5 à 6 œufs par jour pendant 30 jours³.
- Les œufs (lentes) sont pondus sur la tige du cheveu le plus près du cuir chevelu.
- Les lentes sont très petites et de forme ovale et leur couleur varie du blanc au brun clair ou de l'argent au gris.
- Les lentes sont logées près du cuir chevelu parce que la température y est plus élevée et qu'elles sont à proximité de leur source éventuelle de nourriture.
- Les nymphes (poux pondus immatures) prennent de 9 à 12 jours pour atteindre l'âge adulte.

Symptômes

- La plupart des infestations sont asymptomatiques mais des démangeaisons persistantes qui surviennent à l'arrière de la tête et / ou autour des oreilles sont souvent le premier symptôme remarqué. Peuvent aussi survenir une insomnie, des marques rouges, des lésions de grattage et un prurit.
- Le prurit peut survenir 2 à 6 semaines après la première infestation; lors d'infestations ultérieures, les démangeaisons peuvent survenir plus tôt (1 à 2 jours) entraînées par une sensibilisation aux antigènes présents dans la salive des poux développée au cours de l'exposition initiale.

Diagnostic

Afin de réduire leur potentiel de contamination, un dépistage précoce des poux de la tête est important. L'exactitude du diagnostic pose un défi et exige de l'expérience et de l'expertise étant donné que les poux peuvent facilement échapper à la détection étant donné leur grande mobilité et leur faible visibilité. De plus, les lentes peuvent ressembler à des pellicules, des croûtes, des gouttes de fixatif à cheveux ou d'autres débris⁴.

- Une infestation active se définit par la présence de 10 poux vivants ou plus⁵.
- La découverte de lentes seules mais pas de poux n'indique pas qu'il y a une infestation; 10 à 30 % des lentes n'éclosent pas⁶.
- Les professionnels de la santé peuvent facilement poser un diagnostic hâtif et déclarer que des infestations inactives ou éteintes sont des infestations actives, et ainsi mettre en branle inutilement une intervention pharmacologique⁵.
- Lorsqu'une infestation active a été confirmée, il faut alerter et examiner chaque membre de la famille et les amis proches.

Méthodes de détection

Bien qu'il soit plus facile de faire une inspection visuelle, la méthode de détection la plus sûre demeure le démêlage des cheveux mouillés avec un revitalisant^{1,6}.

La méthode du démêlage des cheveux mouillés avec un revitalisant pour la détection des poux de la tête⁶

1. Appliquer une quantité généreuse de revitalisant (de couleur blanche de préférence) sur les cheveux secs et bien imbiber les mèches, du cuir chevelu jusqu'aux pointes.
2. Démêler avec un peigne normal de couleur claire luisante.
3. Commencer par derrière les oreilles et peigner chaque section des cheveux.
4. Poser le peigne à lentes (peigne en métal à dents serrées) sur le cuir chevelu et tirer jusqu'aux pointes des cheveux.
5. Vérifier si le peigne a des poux après chaque traction.
6. Essuyer chaque fois le peigne avec un mouchoir en papier et chercher les poux.

7. Jeter le mouchoir en papier dans un sac en plastique.
8. Vérifier la chevelure sur toute la tête.
9. Peigner toutes les sections de la chevelure au moins 5 fois de suite.
10. Le travail terminé, fermer solidement le sac en plastique qui contient les mouchoirs en papier souillés et le jeter à la poubelle.
11. S'il y a détection de poux vivants, toutes les traces du revitalisant doivent être rincées avant d'appliquer le traitement.

Élimination manuelle

- L'élimination manuelle des poux et des lentes est recommandée pour les enfants de < 2 ans.
- L'élimination manuelle et l'usage quotidien du peigne à lentes sont des méthodes d'appoint utiles. Ces approches non pharmacologiques aident à diminuer la résistance aux pédiculicides qui constitue une inquiétude lors de l'usage topique d'un insecticide.

Décontamination environnementale

Étant donné que les poux peuvent survivre loin d'un hôte humain pendant 3 à 4 jours, il est nécessaire de mettre sur pied des stratégies pour contrôler les objets susceptibles d'héberger les poux ce qui pourra éliminer des sources potentielles de transmission et minimiser les nouvelles infestations.

- Les objets personnels utilisés ou portés par une personne infestée pendant les trois jours avant le traitement, devraient être lavés à la machine à l'eau chaude (par exemple les draps, les couvertures, les oreillers, les peluches et les vêtements) puis mis à la sécheuse à l'air chaud pendant 20 minutes.
- Les objets qui ne peuvent pas être lavés devraient être entreposés

dans un sac de plastique bien fermé pendant deux semaines ou dans un congélateur pour 24 heures.

- Faire tremper les peignes (le peigne à lentes également) et les brosses à cheveux dans de l'eau très chaude pendant 20 minutes ou dans de l'alcool à friction pendant une heure.
- Passer l'aspirateur sur les tapis, les meubles et les matelas que la personne infectée a touchés.
 - Le grand ménage est inutile étant donné que les poux ne survivent pas longtemps loin d'un cuir chevelu.
- Les enfants devraient pouvoir retourner à l'école après un traitement approprié; les règlements exigeant zéro lente ne sont pas nécessaires^{4,5,7}.

Traitement topique

Le traitement topique (tableau 1) n'est recommandé qu'en présence de poux vivants. Pour prévenir une nouvelle infestation, il est conseillé de traiter tous les membres de la famille infestés et leurs amis proches immédiatement et le jour même⁶.

Points clé du traitement topique

- La perméthrine (pyréthrines en synergie) est considérée comme une thérapie de choix et la plupart des préparations sont disponibles en vente libre.
- Les pédiculicides disponibles ne tuent pas 100 % des œufs. En conséquence, toutes les thérapies topiques nécessitent deux traitements (espacés de 7 à 10 jours) pour faire disparaître les nymphes pondues et les lentes qui n'ont pas été tuées lors du premier traitement.
- Selon le pédiculicide employé, l'application devra se faire soit sur des cheveux mouillés, soit sur des cheveux secs.

- Une bonne saturation et une durée adéquate du traitement sont indispensables pour que les poux et les lentes soient bien pénétrés par l'ingrédient actif.
- La médication devrait être appliquée non seulement sur le cuir chevelu et le long de la tige du cheveu mais aussi derrière les oreilles et sur la nuque.
- Les patients ne devraient pas se laver la tête pendant un jour ou deux après le rinçage du traitement.
- La présence de poux vivants après le traitement n'est pas un signe d'échec car les parasites peuvent prendre jusqu'à 24 heures avant de mourir.
- Les effets secondaires les plus courants des thérapies topiques comprennent les démangeaisons, une légère irritation et de la rougeur.
 - Des démangeaisons après le traitement n'indiquent pas qu'il y a une nouvelle infestation.

Traitement topique (suite)

- Les nombreux traitements alternatifs ou naturels que l'on propose, comme l'huile d'arbre à thé, la vaseline, le beurre d'arachide ou la mayonnaise, n'ont pas une efficacité cliniquement démontrée.

Agent topique	Mode d'emploi détaillé
<i>Permethrine</i>	- Laver les cheveux avec un shampoing sans revitalisant et sans silicone et les sécher avec une serviette - Appliquer le produit sur les cheveux, le cuir chevelu, derrière les oreilles et la nuque; laisser agir 10 minutes, rincer à l'eau fraîche au-dessus du lavabo (et non sous la douche ou dans le bain) - Peigner les cheveux encore mouillés avec un peigne à lentes pour éliminer les poux moribonds et les lentes - Usage approuvé pour les personnes de > 2 ans - Pas de contre-indication en cas de grossesse et d'allaitement; faible risque de toxicité - Ne cause pas de réactions allergiques; peut produire des démangeaisons ou une légère sensation de brûlure sur le cuir chevelu
<i>Pyrethrine + Butoxyde de piperonyle</i>	- Appliquer sur des cheveux parfaitement SECS - Laisser agir pendant 10 minutes, puis mouiller les cheveux et faire mousser - Rincer avec de l'eau fraîche au-dessus du lavabo; ne pas utiliser de revitalisant - Usage approuvé pour les personnes de > 2 ans - Probablement compatible avec la grossesse et l'allaitement; faible risque de toxicité - Contre-indiqué s'il y a une allergie ou une intolérance reconnue au chrysanthème ou à l'herbe à poux
<i>Lindane</i>	- Traitement en seconde intention - Appliquer sur les cheveux SECS et laisser agir 5 minutes (éviter le contact avec la peau au-delà du cuir chevelu), rincer avec de l'eau fraîche au-dessus du lavabo (et non sous la douche ou dans le bain) - Neurotoxique à forte dose ou lors d'expositions multiples - Contre-indiqué chez les nouveau-nés, les jeunes enfants (moins de deux ans), les femmes enceintes et qui allaitent ou chez les patients avec une histoire de crises d'épilepsie - Une résistance a été observée; peut causer l'irritation du cuir chevelu
<i>Myristate d'isopropyle + Cyclométhicone</i>	- Traitement non pédiculicide en vente libre approuvé par Santé Canada en 2006 - Traitement en seconde intention après la perméthrine; peut être essayé en premier si on préfère un produit qui n'est pas un insecticide - Déshydrate et tue les poux par la dissolution de l'exosquelette - Appliquer sur les cheveux SECS et laisser agir pendant 10 minutes, puis rincer à l'eau chaude - Indiqué chez les individus de > 4 ans - Risque d'irritation locale

Tableau 1. Traitements topiques pour les infestations actives de poux de la tête^{4,6,8}

Échec du traitement

Les raisons les plus courantes de l'échec du traitement comprennent :

- Faux diagnostic
- Mauvaise observance (par exemple : saturation insuffisante des cheveux du cuir chevelu jusqu'aux pointes, ou durée d'application insuffisante)
- Le traitement n'a pas été répété après 7 à 10 jours ou la nouvelle application s'est faite trop rapidement après l'application initiale
- Résistance aux pédiculicides

- Mauvaise élimination manuelle des lentes
- Nouvelle exposition à des poux (nouvelle infestation)

La mauvaise gestion d'une infestation active entraîne des coûts considérables à la famille, par exemple⁸ :

- l'enfant n'a pas la permission d'aller à l'école et risque d'être ostracisé et stigmatisé;
- le parent peut être obligé de s'absenter de son travail ou de payer pour une autre forme de service de garde;
- la famille doit consacrer du temps et des ressources financières à l'éradication et à la prévention d'une nouvelle infestation.

Conclusion

Bien que l'infestation des poux de la tête ne soit pas aussi répandue au Canada que dans les pays en voie de développement, elle demeure un problème contagieux courant qui comporte des coûts substantiels tant financiers que sociaux pour les personnes touchées. Étant donné leurs profils d'innocuité et d'efficacité, la perméthrine et les pyréthrines en synergie demeurent les traitements de choix pour *Pediculosis capitis*^{3, 4, 6, 7}. La justesse du diagnostic et une bonne gestion ainsi qu'une éducation du patient qui vise à modérer la transmission, sont essentielles pour l'éradication des poux et la diminution de la souffrance et des coûts associés au traitement de ceux qui en sont affligés.

Références

- Jahnke C., et al., *Arch Dermatol* 145(3) : 309-13 (mars 2009).
- Meinking T.L., *Curr Probl Dermatol* 11(3) : 73-118 (mai-juin 1999).
- Burkhart C.N., *Lancet* 361(9352) : 99-1000 (11 janvier 2003).
- Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. Fiche technique: les poux de la tête. Disponible à : <http://www.cdc.gov/lice/head/factsheet.html>. Accédé le 12 août 2009.
- Déclaration de principe du Comité de maladies infectieuses et la vaccination, Société canadienne de Pédiatrie. *Paediatr Child Health* 13(8) : 692-704 (octobre 2008).
- Services de santé publique des régions régionales de santé de la Nouvelle-Écosse. Directives pour le traitement de *Pediculosis capitis* (poux de la tête). Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/Head Lice Guidelines for Treatment.pdf>. Accédé le 12 août 2009.
- Diamantis S.A., et al., *Dermatol Ther* 22(4) : 273-78 (juillet-août 2009).
- Boivin M., Webmodule : Skin clinic vignette - infestations. Head lice and scabies. *rxBriefCase* (mai 2009).

Gestion non pharmacologique de la dermatite atopique

M. Weinstein, MD, FRCPC (Pédiatrie), FRCPC (Dermatologie)

Professeur adjoint de pédiatrie et de médecine, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Dermatologue du personnel soignant, Division de médecine pédiatrique, Département de pédiatrie,

Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada

Reproduit de la Skin Therapy Letter FP 5 (1) : 4-7 (avril 2009) en raison d'une révision du contenu

Mise en contexte

La dermatite atopique (eczéma atopique) est une maladie de la peau chronique et récurrente, qui peut conduire à la xérose, au prurit, à des placards de dermatite, et affecter profondément la qualité de la vie du patient. Elle est particulièrement courante au cours de l'enfance, mais de nombreux patients parvenus à l'âge adulte ne semblent plus en souffrir. L'étiologie de la dermatite atopique est complexe et encore mal comprise, mais parmi les facteurs favorisants, on compte une barrière cutanée défectueuse qui laisse échapper l'humidité et pénétrer les agents irritants ainsi que les médiateurs de l'inflammation. On s'intéresse de plus en plus à sonder la viabilité et l'efficacité des alternatives non médicamenteuses comme ajouts aux approches pharmacologiques conventionnelles. Nous étudierons également les modifications à apporter au niveau des habitudes de vie pouvant aider au contrôle de la dermatite atopique.

Caractéristiques diagnostiques

- Dermatite chronique ou récurrente
- Morphologie et distribution typiques (par exemple : érythème aux plis de flexion, excoriations, lichénification, xérose)
 - Chez les bébés et les enfants, le visage, le tronc et les membres sont touchés; chez les adultes, il y a dermatite dans les plis de flexion et lichénification des lésions
- Survenue précoce. La dermatite atopique affecte jusqu'à 20 % des enfants¹
- Fortes démangeaisons qui nuisent au sommeil ou troublent la concentration
 - Une surinfection suite aux lésions de grattage est fréquente
- Histoire personnelle ou familiale d'hypersensibilité allergique (par exemple : asthme, rhinite allergique, eczéma)
- Hyperréactivité aux facteurs déclenchants environnementaux

Imperfections de la barrière cutanée

De plus en plus de données soutiennent la théorie déjà ancienne de la cause génétique de la dermatite atopique : un défaut génétique dans l'épiderme permettrait aux facteurs irritants environnementaux, aux microbes et aux allergènes d'y pénétrer et d'y déclencher des réponses inflammatoires².

- Le gène de la filaggrine participe à la formation et à la qualité fonctionnelle de la peau.
- Des mutations du gène de la filaggrine sont liées à des imperfections de la barrière cutanée qui favorisent la dermatite atopique.
- Des imperfections dans le développement de la barrière cutanée empêchent la formation de concentrations adéquates de peptides antimicrobiens dans l'épiderme. Aussi, les lésions affectées sont souvent touchées par des infections bactériennes et virales.

Options de traitements

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Évitement des facteurs déclenchants • Émollients / crèmes hydratantes <ul style="list-style-type: none"> • Traitement d'appoint conventionnel pour la prévention et l'entretien • Corticostéroïdes topiques <ul style="list-style-type: none"> • La pierre angulaire de la thérapie de la dermatite atopique • Potentialité de tachyphylaxie, atrophie cutanée et effets secondaires systémiques, particulièrement lors d'un usage prolongé • Inhibiteurs de la calcineurine topiques <ul style="list-style-type: none"> • Efficaces quand les thérapies conventionnelles n'agissent pas ou ne conviennent pas • En 2006, la FDA a émis des mises en garde contre les inhibiteurs de la calcineurine topiques craignant leur effet immunosuppresseur et le risque potentiel de tumeurs malignes à la suite d'un usage prolongé ou ininterrompu | <ul style="list-style-type: none"> • Antimicrobiens en cas d'infection <ul style="list-style-type: none"> • Des antibiotiques topiques ou oraux peuvent être prescrits pour traiter les lésions infectées • Un usage excessif et un traitement prolongé augmentent le risque de développer une résistance aux antibiotiques • Antiviraux oraux dans les cas d'eczéma herpétiforme (un eczéma infecté par l'herpès virus) • Antihistaminiques oraux en cas de prurit <ul style="list-style-type: none"> • Souvent utilisés dans le prurit réfractaire, mais il existe peu d'évidence pour soutenir leur effet antiprurigineux • Corticostéroïdes systémiques, immunosuppresseurs systémiques et photothérapie <ul style="list-style-type: none"> • Réservés pour les cas de maladie grave |
|---|---|

Les crèmes hydratantes

- Pour gérer la dermatite atopique, il est essentiel de s'hydrater chaque jour, que ce soit entre ou pendant les poussées aiguës.
- Une étude contrôlée randomisée a démontré que les crèmes hydratantes peuvent améliorer la fonction barrière de la peau. Par contre, l'efficacité est déterminée par la composition chimique de ces produits³.
- Les composants essentiels de base des crèmes hydratantes incluent les émollients et les humectants.
 - Les émollients fournissent un film protecteur en comblant les espaces entre les cellules et en restituant les lipides perdus afin de prévenir la perte en eau transépidermique.
 - Les émollients les plus courants sont les huiles animales, le stéarate de butyle, le beurre de cacao, la lanoline, les lipides, l'huile minérale, la vaseline et le beurre de karité.
 - La vaseline est l'émollient par excellence; ses propriétés non sensibilisantes et hautement occlusives sont efficaces contre la perte en eau transépidermique.
 - Les céramides sont des molécules lipidiques qui sont d'importants composants dans la structure de la peau; ils améliorent la barrière cutanée en limitant la perte en eau transépidermique et en empêchant l'entrée des agents irritants.
 - Les patients qui font de la dermatite atopique ont considérablement moins de céramides dans la couche cornée de l'épiderme.
 - Les lipides peuvent être remplacés topiquement grâce à un émollient très riche en céramides.
 - Une nouvelle gamme d'émollients cherche à remplacer certaines molécules qui sont déficientes, chez les patients avec dermatite atopique. Ces crèmes hydratantes non stéroïdiennes sont très chères, mais les résultats des recherches démontrent leur efficacité et leur innocuité dans la dermatite légère à modérée⁴.
 - Les humectants aident à absorber et à conserver l'humidité, et ils adoucissent les peaux épaissies.

- Les humectants les plus courants sont la glycérine, l'acide hyaluronique, l'acide lactique, le propylène glycol, le panthénol, les silicones et l'urée.
- La glycérine est l'humectant le plus largement employé car il a une très forte capacité d'attirer l'humidité vers la peau.
- Le panthénol (vitamine B5) agit comme un humectant, un émollient et un agent hydratant. Les études qui ont examiné l'usage du panthénol comme adjuvant ont révélé une meilleure hydratation et moins de sécheresse, de démangeaisons et d'inflammation⁵.

Le choix d'une crème hydratante

- En général plus elle est grasse, meilleure elle est. Les onguents doux comme la vaseline sont non irritants et fournissent une excellente barrière mais les patients peuvent les trouver trop épais.
- Les crèmes et les lotions moins grasses peuvent être plus irritantes.
- Certains acides (par exemple : l'acide salicylique et l'acide lactique) et certains humectants (par exemple : l'urée) peuvent être mal tolérés par une peau eczémateuse. Éviter leur emploi chez les nourrissons et les petits enfants à cause du risque d'absorption systémique.

Le bain

- Pour aider à piéger l'humidité dans la peau, il faut d'abord se baigner puis appliquer une crème hydratante alors que la peau est encore humide. Les traitements médicamenteux devraient être appliqués sur les endroits touchés par la dermatite et les crèmes hydratantes sur les endroits sains.
- Il n'est pas toujours pratique de prendre un bain plus d'une fois par jour. Mais pendant les poussées aiguës, il peut être utile de prendre plusieurs bains courts suivis par une application de jour d'une crème hydratante.
- Les bains (ou les douches) devraient pris à l'eau chaude mais pas brûlante et ils devraient être de durée limitée.

Des progrès dans l'usage d'anti-inflammatoires naturels

Les patients, de plus en plus, préfèrent compléter les traitements médicaux avec des produits de soins de la peau en vente libre qui incorporent des ingrédients naturels. Les extraits de plantes constituent la plus grande catégorie d'additifs qui se retrouvent dans les crèmes hydratantes. À la suite d'évaluations scientifiques qui soutiennent leurs bienfaits thérapeutiques pour le soulagement des symptômes associés à la dermatite atopique et d'autres maladies cutanées inflammatoires, quelques composés en particulier se sont imposés⁶.

L'aloès

- Parmi ses utilisations, il y a son usage en tant qu'agent anti-inflammatoire, analgésique, antiprurigineux, anti-oxydant et cicatrisant.

La camomille (Matricaria recutita)

- Son usage topique soulage l'irritation cutanée. Les composés actifs (α -bisabolol, bisabolol oxide A et B et matricine) inhibent les enzymes qui assurent la médiation de l'inflammation et entravent la libération de l'histamine.
- Son effet anti-inflammatoire est environ 60 % de celui produit par l'hydrocortisone à 0,25 %⁷.

L'avoine colloïdale

- Il a de multiples composants actifs dont des enzymes, des flavonoïdes, lipides, protéines, polyphénols (avenanthramides), polysaccharides et vitamines.
- Les avenanthramides sont de puissants produits phytochimiques qui entravent la libération de cytokines pro-inflammatoires, réduisant l'hypersensibilité de contact et l'inflammation⁸.
- Il a aussi des effets anti-oxydants, anti-irritants, antihistaminiques et immunomodulateurs.
- L'avoine colloïdale est un des rares ingrédients naturels approuvés comme protecteur de la peau par la Food and Drug Association aux États-Unis.

Le feverfew ou grande camomille (Tanacetum parthenium)

- Son spectre large d'applications cliniques est imputable à ses puissantes propriétés anti-inflammatoires, anti-oxydantes et anti-irritantes.
- Les parthénolides présents dans le feverfew peuvent causer des sensibilités cutanées. La production d'un extrait purifié sans parthénolides a démontré une forte activité anti-inflammatoire par le truchement de l'inhibition de la libération des cytokines pro-inflammatoires⁹.

Des progrès dans l'usage d'anti-inflammatoires naturels (suite)

Les extraits de réglisse (Glycyrrhiza glabra, Glycyrrhiza inflata)

- *Glycyrrhiza glabra* (qui contient de la glabridine) réduit l'inflammation et la synthèse de la mélanine.
- *Glycyrrhiza inflata* (qui contient de la licochalcone A) diminue l'irritation et l'inflammation.

- L'application deux fois par jour pendant 8 semaines d'une lotion contenant de la licochalcone A par des patients ayant des rougeurs au visage légères à modérées a produit une amélioration importante de l'érythème¹⁰.

L'évitement des facteurs déclenchants

Éviter les facteurs déclenchants est un élément essentiel de la stratégie dans la gestion de la dermatite atopique. Chaque patient avec son médecin a besoin d'identifier et d'éliminer les facteurs déclenchants pertinents.

Les aliments

- Bien que les patients atteints de dermatite atopique soient plus enclins à souffrir d'allergies alimentaires (hypersensibilité de type I), il n'est pas évident si certains aliments peuvent effectivement causer une poussée qui ressemble plus à une réaction d'hypersensibilité de type IV.
- S'il semble y avoir un facteur déclenchant alimentaire, les parents ou les patients devraient tenir un journal alimentaire pour vérifier la relation entre les aliments consommés et les poussées. Les régimes d'exclusion de certains aliments devraient être supervisés par un médecin.
- Si en réponse à un aliment spécifique, des symptômes allergiques de type I surviennent, il faut éviter cet aliment jusqu'à ce que des tests soient faits. Si l'on n'est pas sûr d'un aliment, il peut être utile de consulter un allergologue.

Les pneumallergènes

- Certains pneumallergènes (par exemple : poussière d'acariens ou allergènes saisonniers) peuvent déclencher des poussées de dermatite atopique^{11,12}.
- Pour les patients réfractaires, il peut être utile de faire un bilan allergologique. Si les résultats sont positifs, il faut mettre en place les stratégies de la prévention de la poussière d'acariens (par exemple : le lavage fréquent des housses de matelas et l'évitement des animaux en peluche, des oreillers de plumes, des couettes et des tapis).

L'humidité / la transpiration

- La sueur peut aggraver les démangeaisons et les conditions humides qui augmentent la sudation peuvent provoquer des poussées. Il peut être utile de se refroidir fréquemment, de changer de vêtements et de modifier ses activités lorsqu'il fait humide.
- La chaleur et la sueur peuvent activer le grattage nocturne. Conseiller alors un pyjama léger et une seule couverture. La chambre à coucher devrait être gardée fraîche, mais pas froide.

Le manque d'humidité / temps sec

- Parce qu'en hiver le temps est sec, la plupart des patients ont des poussées plus graves. Il est très important de s'hydrater plusieurs fois par jour. Il peut être utile d'installer dans la chambre à coucher un humidificateur.

L'infection

- Les patients qui font de la dermatite atopique sont souvent colonisés par le *Staphylococcus aureus* (*S.aureus*) et ils ont des problèmes avec les mécanismes naturels qui inhibent le staphylocoque doré¹³. Cela se manifeste par une aggravation de la dermatite atopique qui ne répond pas à la thérapie. Les régions infectées présentent des lésions humides, suintantes et croûtées qui nécessitent des antibiotiques topiques ou oraux.
- Le staphylocoque doré peut provoquer des poussées de dermatite atopique par l'intermédiaire des mécanismes superantigéniques, même en l'absence d'une infection clinique¹⁴. Ainsi, les patients qui expérimentent de fréquentes poussées aiguës peuvent avoir besoin de stratégies pour réduire la colonisation par le *S.aureus* et l'inflammation.

Les agents irritants environnementaux

- Les patients qui font de la dermatite atopique sont particulièrement sensibles à l'herbe sèche, aux parfums dans les produits de soins de la peau et à certaines étoffes (lainages et tissus synthétiques).
- Il est recommandé de porter des vêtements en coton. Une certaine évidence suggère que de la soie spécialement traitée ou des tissus recouverts d'argent peuvent être bénéfiques^{15,16}.

Le chlore

- La natation peut être un bon sport pour les patients souffrant de dermatite atopique car la sueur ne pose pas un problème. Cependant pour éviter l'irritation, ils devraient se rincer soigneusement après la baignade et appliquer une crème hydratante.
- On manque de données pour confirmer si l'eau salée ou les piscines chlorurées sont préférables pour les patients qui font de la dermatite atopique.

Les routines quotidiennes

L'école

- Les enfants qui souffrent d'un eczéma grave peuvent développer des comportements pour éviter l'école. La fatigue et le manque de sommeil causés par le prurit nocturne, l'anxiété que leur causent les taquineries de la part des autres enfants contribuent à ces comportements. Il faut rapidement s'occuper de ces questions et rétablir une routine scolaire normale.

L'écran solaire

- De nombreux produits de protection solaire contiennent des ingrédients irritants. Si les écrans solaires habituels ne conviennent pas, il faut suggérer des formulations pour peau sensible ou de complets écrans physiques tels l'oxyde de titane ou l'oxyde de zinc.
- Une stratégie de protection solaire est indiquée : usage régulier d'un écran solaire, évitement de l'exposition solaire en milieu de journée, le port d'un chapeau et de vêtements protecteurs.

Les routines quotidiennes (suite)

Le sommeil

- Les troubles du sommeil qui surviennent avec le prurit constituent un problème grave pour de nombreux patients et leur famille, particulièrement si les parents partagent le lit avec l'enfant affligé de dermatite atopique¹⁷. Les parents aident l'enfant à se gratter ou lui tiennent la main pour l'empêcher de se gratter. Ces deux pratiques devraient être déconseillées. Il faudrait penser plutôt à augmenter la thérapie antiprurigineuse et l'usage d'émollients.
- Le manque de sommeil favorise le manque de concentration, l'irritabilité et la fatigue.

Conseils supplémentaires

- Les ongles doivent être coupés court pour minimiser les dommages lors du grattage.
- Conserver les crèmes hydratantes dans le réfrigérateur. La sensation de froid est calmante pour la peau qui pique.
- Pour la thérapie médicale topique, les onguents sont généralement mieux tolérés que les crèmes et les lotions.
- Le médecin doit demander aux familles si le sommeil est satisfaisant ou s'il est perturbé. Cette information n'est généralement pas fournie spontanément au médecin.
- Il faut diriger les patients vers de bonnes sources d'information (par exemple : <http://www.eczemahelp.ca>).

Conclusion

Une gestion réussie de la dermatite atopique demande une approche sage par étapes qui prend en considération les multiples facteurs dont la gravité de la maladie, les effets secondaires de la thérapie, les préférences du patient, l'intensité des démangeaisons et la qualité du sommeil. Il ne faut pas non plus ignorer les impacts psychologiques de la dermatite atopique. Le strict usage des crèmes hydratantes peut améliorer la barrière cutanée et réduire considérablement la xérose et les démangeaisons et ainsi, il peut constituer un soin d'appoint utile au cours de la thérapie d'entretien et lors des poussées aiguës. Le nouveau domaine de la recherche dirigé vers la barrière épidermique et ses importants facteurs immuns permet d'espérer que des approches thérapeutiques innovatrices conduiront à moins d'infections et une meilleure gestion des patients souffrant de dermatite atopique.

Références

1. Williams H., et al., *J Allergy Clin Immunol* 103 : 125-38 (janvier 1999).
2. Hanifin J.M., *J Invest Dermatol* 129(2) : 320-2 (février 2009).
3. Buraczewska I., et al., *Br J Dermatol* 156 (3) : 492-8 (mars 2007).
4. Boguniewicz M., et al., *J Pediatr* 152 : 854-9 (juin 2008).
5. Eichenfield L.F., et al., *Cutis* 80 (6Suppl) : 2-16 (décembre 2007).
6. Wu J., *J Drugs Dermatol* 7(7Suppl) : s13-6 (juillet 2008).
7. Albring M., et al., *Method Find Exp Clin Pharmacol* 5(8) : 575-7 (octobre 1983).
8. Sur R., et al., *Arch Dermatol Res* 300(10) : 569-74 (novembre 2008).
9. Martin K., et al., Parthenolide-free feverfew: an extract with effective anti-irritant activity in vitro. Présenté à la 63e réunion annuelle de l'American Academy of Dermatology, New Orleans, LA; février 18-22, 2005. Affiche #P1039.
10. Weber T.M., et al., *J Cosmet Dermatol* 5(3) : 227-32 (septembre 2006).
11. Boralevi F., et al., *Allergy* 63(2) : 205-10 (février 2008).
12. Ponyai G., et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 22(11) : 1346-55 (novembre 2008).
13. Kisich K.O., et al., *J Allergy Clin Immunol* 122(1) : 62-8 (juillet 2008).
14. Schlievert P.M., et al., *Clin Infect Dis* 46(10) : 1562-7 (15 mai 2008).
15. Koller D.Y., et al., *Pediatr Allergy Immunol* 18(4) : 335-8 (juin 2007).
16. Gauger A., et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 20(5) : 534-41 (mai 2006).
17. Chamlin S.L., et al., *Arch Pediatr Adolesc Med* 159(8) : 745-50 (août 2005).

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

Skin Therapy Letter[®]

Édition médecine familiale

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Visitez le www.SkinTherapyLetter.ca et abonnez-vous dès aujourd'hui !

Pour plus d'information, les professionnels en médecine et les consommateurs canadiens peuvent avoir accès à tous nos sites à www.skincareguide.ca ou visiter directement :

Sites pour les patients :

AcneGuide.ca	BotoxFacts.ca	ColdSores.ca	DermatologyCare.ca
EczemaGuide.ca	FungalGuide.ca	HerpesGuide.ca	Lice.ca
MildCleanser.ca	MohsSurgery.ca	PsoriasisGuide.ca	PsoriaticArthritisGuide.ca
RosaceaGuide.ca	SkinCancerGuide.ca	Sweating.ca	UnwantedFacialHair.ca

Sites pour les professionnels en médecine :

SkinPharmacies.ca	SkinTherapyLetter.ca	Dermatologists.ca
-------------------	----------------------	-------------------

Sites de réseaux d'entraide sociale pour les patients et les professionnels de soins de santé :

PsoriasisPatients.com

Nous désirons vos commentaires ! Veuillez nous les faire parvenir ainsi que des suggestions de thèmes à développer à l'adresse suivante : skintherapyletter@skincareguide.com

Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation sans restriction pour la distribution de cette publication en 2009 :

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare
abreva[®], Spectro[®], et Spectro EczemaCare[®]

LEO Pharma Inc.
Dovobet[®], Dovonex[®], Fucidin[®], et Xamiol[®]

Graceway Pharmaceuticals LLC
Aldara[®], Atopicalair[®], Benzig[®], et MetroGel-Vaginal[®]

Procter & Gamble
Gillette[®], Head & Shoulders[®], Olay[®], Secret[®], et Tide[®]

Johnson & Johnson Inc.
Aveeno[®], Neutrogena[®], Retin-A[®],
Retin-A Micro[®] tretinoin gel (microsphere), 0.04%,
Retin-A Micro[®] tretinoin gel (microsphere), 0.1%, et Roc[®]

Stiefel Laboratories
BenOxyl[®], CLINDETS[®], CLINDOXYL[®], DUOFILM[®],
IMPRUV[®] Cream, NERISONE[®], PanOxyl[®], POLYTAR[®], PREVEX[®],
SOLUGEL[®], STIEPROX[®], TERSASEPTIC[®], et UREMOL[®]

Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale (ISSN 1915-4550) © 2009 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale est publiée tous les trimestres par SkinCareGuide.com Ltd., 1107-750 West Pender, Vancouver, Colombie britannique, Canada, V6C 2T8. Tous droits réservés. Toute reproduction en tout ou en partie, par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite sans l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur. Bien que tous les efforts nécessaires soient faits pour qu'il n'apparaisse dans la Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale, aucune donnée, opinion ou déclaration inexacte ou trompeuse, les éditeurs et le comité de rédaction insistent pour déclarer que les données et les opinions exprimées dans les articles ci-inclus sont l'entière responsabilité du collaborateur. Par conséquent, les éditeurs, le comité de rédaction, leurs employés, fonctionnaires et agents respectifs n'accepteront aucune responsabilité pour les conséquences d'une de ces quelconques données, opinions ou déclarations inexactes ou trompeuses. Bien que tous les efforts nécessaires soient aussi faits pour s'assurer que les posologies et autres dosages indiqués sont exactes, nous recommandons à nos lecteurs de ne suivre ces nouvelles méthodes et techniques d'utilisation des médicaments décrites dans les articles ci-inclus que conjointement avec les données internes publiées par le fabriquant.